

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1923-1924. — N° 70

Existe-t-il une guérison
de l'endocardite infectieuse ?

ESSAI DE VACCINO-THERAPIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 janvier 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Régis-Léon BREYSSE

né à Issarlès (Ardèche)
le 19 janvier 1900,



TRÉVOUX

IMPRIMERIE G. PATISSIER.

—
1924

EXISTE-T-IL UNE GUÉRISON

DE L'ENDOCARDITE INFECTIEUSE ?

ESSAI DE VACCINO-THÉRAPIE.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Existe-t-il une guérison
de l'endocardite infectieuse ?

ESSAI DE VACCINO-THERAPIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 janvier 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Régis-Léon BREYSSE

né à Issarlès (Ardèche)
le 19 janvier 1900,



TRÉVOUX

IMPRIMERIE G. PATISSIER.

—
1924

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire..... M. HUGOUNENQ.
Doyen..... M. J. LEPINE.
Assesseur..... M. ROQUE.

Professeurs honoraires

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER

Professeurs

Cliniques médicales..... }
Cliniques chirurgicales..... }
Clinique obstétricale et accouchements.....
Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique neurologique et psychiatrique.....
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies des femmes.....
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.....
Chimie biologique et médicale.....
Chimie organique et toxicologie.....
Matière médicale et botanique.....
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Anatomie.....
Histologie.....
Physiologie.....
Pathologie interne.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Anatomie pathologique.....
Chirurgie opératoire.....
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....
Médecine légale.....
Hygiène.....
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....
Pharmacologie.....

BARD.
ROQUE.
TIXIER.
BERARD.
COMMANDEUR.
ROLLET.
NICOLAS.
LEPINE (J.).
WEILL.
POLLOSSON (A.)
LANNOIS.
ROCHET.
NOVE-JOSSERANT
CLUZET.
HUGOUNENQ.
MOREL.
BRETIN.
GUIART.
LATARJET.
POLICARD.
DOYON.
COLLET.
MOURIQUAND.
PAVIOT.
VILLARD.
ARLOING (F.).
ETIENNE MARTIN.
COURMONT (P.).
PIC.
X.

Professeurs titulaires sans chaire

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....
— — Propédeutique de gynécologie.....
— — Chimie minérale.....
— — Urologie.....

VALLAS.
CONDAMIN.
BARRAL.
GAYET.

Chargés de cours complémentaires

Anatomie topographique.....
Orthopédie.....
Puériculture et hygiène de la première enfance.....
Chirurgie expérimentale.....
Stomatologie.....

PATEL.
LAROYENNE.
CHATIN.
LERICHE.
TELLIER.

Agrégés

MM.
NOGIER.
GARIN.
SAVY.
FROMENT.
THEVENOT (Lucien)
PIERY.

MM.
COTTE.
DUROUX.
TRILLAT.
SARVONAT.
FLORENCE (G.)
ROCHAIX.

MM.
CORDIER.
ROUBIER (V.)
FAVRE.
BONNET.
RHENTER.
LEULIER.

MM.
MAZEL.
SANTY.
DUNET.
CHALIER (André).
CHALIER (Joseph).
NOEL.
CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROQUE, *Président*; GARIN, *Assesseur*;

MM. FROMENT et CHALIER J., *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'en a ni donné ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Qu'il reçoive ici l'assurance de notre filiale affection ; il ne nous a ménagé ni son travail, ni ses peines ; c'est un bien faible témoignage de notre sincère reconnaissance.

A MES SŒURS

Depuis notre enfance, elles nous ont entouré de leurs soins affectueux ; qu'elles soient assurées de notre attachement profond.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROQUE

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Lyon,
Officier de la Légion d'Honneur.

Hommage de notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait, en' acceptant la présidence de notre thèse et l'obligeance d'avoir mis à notre disposition une observation de sa clinique.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ DEVIC

Médecin des Hôpitaux.

Tous nos remerciements pour l'accueil si bienveillant qu'il nous a toujours réservé. Il nous a inspiré ce sujet et guidé de ses précieux conseils pour sa rédaction.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SIRAUD

Professeur Agrégé à la Faculté,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Luc,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Il a fait notre éducation chirurgicale, nous a guidé de ses précieux conseils et de sa longue expérience. Nous en gardons le meilleur souvenir.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE LYON

AUX MEMBRES DE MON JURY

INTRODUCTION

La vaccinothérapie, méthode récente, possède déjà des indications indiscutées, mais son domaine peut encore s'étendre. Si certains auteurs (Jousset), pensent qu'elle ne doit pas être appliquée aux pyrexies, d'autres, au contraire (Wright), espèrent qu'elle deviendra d'une pratique courante.

C'est un essai, de vaccinothérapie dans l'endocardite infectieuse à streptocoque réalisé dans la clinique de Mr. le Professeur Roque, qui est le point de départ de notre thèse.

Il s'agissait d'un malade, atteint d'endocardite aigue infectieuse, se présentant, comme un grand valvulaire, asystolique, rebelle aux toni cardiaques et fébricitants; l'hémoculture montra du streptocoque viridens.

L'évolution de la maladie, fut favorablement influencée par des injections d'auto-vaccin, puisque, pendant plus d'un an, le malade, tout en restant un valvulaire, a pu circuler dans la ville, sans pouvoir se livrer à un travail pénible, mais dans un état satisfaisant; sa mort a été brusque, la veille, il avait fait un trajet à pied de deux kilomètres.

Nous avons recherché, l'existence de cas semblables dans la littérature médicale; bien que rares, ou incomplets, ces cas demandent à être connus et nous permettent de soulever, quelques points de pathogénie et de traitement de l'endocardite infectieuse.

En publiant quelques cas de guérison par les différents traitements préconisés, nous discuterons ces observations; trop de cas n'ont été suivis, que quelques semaines après la sortie de l'hôpital; dans d'autres, le diagnostic d'endocardite infectieuse n'est pas justifié.

Pour terminer, nous nous permettrons de faire quelques réflexions sur le traitement et en particulier la vaccinothérapie dans cette affection.

Monsieur le Professeur Roque, a mis à notre disposition, l'observation du malade, sur lequel cet essai de vaccinothérapie fut tenté dans sa clinique de l'Hôtel-Dieu, nous l'en remercions bien sincèrement.

Nos remerciements, vont aussi, à Monsieur le Docteur André Devic, Médecin des Hôpitaux, qui a bien voulu nous inspirer ce travail; nous a fourni des documents et des indications précieuses par les travaux qu'il a publiés à ce sujet; il nous a, en outre, guidé dans sa rédaction, qu'il soit assuré de toute notre gratitude.

Monsieur, le médecin major, Fontanelle, qui a suivi ce malade à l'Hôpital Desgenettes, nous a communiqué quelques renseignements intéressants; nous lui en exprimons notre reconnaissance.

Du traitement de l'endocardite infectieuse

Le traitement de l'endocardite infectieuse, s'est confondu pendant longtemps avec celui de l'endocardite rhumatismale ; ces deux affections, rentrant dans le groupe des endocardites aiguës, qu'elles constituaient.

Depuis son isolement et la découverte de l'agent pathogène par WINGE (1870) ; malgré que ce soit une des maladies, dont nous connaissons le mieux l'étiologie, la pathogénie, la médication spécifique reste encore à trouver.

« Le traitement des endocardites infectieuses est resté jusqu'ici impuissant » (BARIE) ; « L'affection suit son cours inexorable » (DEBRE), telles sont les expressions qui le caractérisent.

Puisque, nous n'avons pas de médicament spécifique, la thérapeutique, qui est le plus souvent symptomatique et palliative, peut se résumer ainsi :

1° Tarir la source d'infection, qui a été le point de départ de la septicémie c'est le traitement prophylactique, bien peu efficace, puisqu'il s'agit d'une infection constituée.

2° Traitement local de la localisation cardiaque. On a recommandé, successivement, l'application au niveau de la région précordiale, d'une vessie de glace que l'on

laisserait pendant quelques jours ; on a essayé, l'application de ventouses scarifiées, de vésicatoires, de pointes de feu, de badigeonnages iodés, dans l'idée que ces agents de révulsion énergique pourraient diminuer la fluxion cardiaque, par la dérivation locale, et calmer le tumulte des battements cardiaques.

On a préconisé, le bromure ou le chloral pour calmer l'éréthisme cardiaque; la digitale, la caféine, la spartéine relèveront l'énergie défaillante du myocarde.

3° Le traitement pathogénique seul rationnel, cherchera à détruire le microorganisme dans ses diverses localisations, à s'opposer à l'intoxication par ses produits solubles ; on aura recours soit aux médicaments antiinfectieux, soit à la sero ou vaccinothérapie.

La première méthode ne s'inspire que de l'empirisme; on a essayé un grand nombre d'anti-septiques généraux; acide salicylique et salicylate de soude à hautes doses jusqu'à production de bourdonnements d'oreilles, le benzoate de soude, l'antipyrine, les sels de quinine, le carbonate d'ammoniaque, le bichlorure de Mercure, l'Eusol 0,5 0/0 d'acide hyperchloreux 8,5 0/0 Na cl. préconisé par Fraser, dans les toxémies (obs, 1), les injections et frictions de métaux colloïdaux; lantol, collargol, électrar-gol, urotropine sont d'un emploi journalier. Il n'y a pas en somme de formule unique et invariable du traitement médicamenteux des endocardites aiguës infectieuses; il semblerait puisque leur agent causal est différent (1), que la médication vraiment rationnelle et efficace ait

(1) Des travaux récents, ceux de Debré en particulier, tendent à considérer le streptocoque viridens, comme spécifique surtout pour les formes à évolution prolongée.

son refuge dans la sérothérapie et la vaccinothérapie ou la combinaison des deux.

Nous ne voulons pas faire l'historique de ces deux méthodes thérapeutiques appliquées à l'endocardite infectieuse; il se confond avec celui des essais de ces traitements dans de nombreuses affections; Blennorrhagie, Furonculose, Dysenterie, etc. n'en différant que par les localisations de l'agent causal, nous nous bornerons à signaler les résultats, qui ont été publiés, intéressant l'endocardite infectieuse. Les premiers travaux d'immunisation datent de 1890, Roger, Mironoff et Marmorek préparent divers sérums antistreptococciques, par vaccination d'animaux, par des cultures atténuées avec la chaleur ou le trichlorure d'iode; en 1895, Marmorek, à la Société de Biologie, annonçait qu'il venait d'obtenir la guérison d'une endocardite infectieuse consécutive à une fièvre puerperale et traitée par son sérum; nous rapportons (observation III), un cas de guérison par ce même sérum publié par Laignel Lévastine.

Jochmann (Berliner Klinische Wochenschrift - 4 mars 1912), étudie le traitement applicable aux endocardites à streptocoque, staphylocoque gonocoque, colibacille et malgré le peu de résultats obtenus avec sa thérapeutique (3 cas de guérison) (1) il conseille de combiner l'autosérothérapie avec l'auto-vaccinothérapie.

Hemsted a obtenu, par cette dernière méthode une guérison remarquable, que nous publions (observation IV).

Le nombre des observations de guérison ou de celles qui ont été publiées pour telles est considérable; nous

(1) Les observations ne sont pas publiées.

rapportons celles qui nous ont paru les plus intéressantes en les faisant suivre des réflexions qu'elles nous suggèrent, car, si on cherche à se faire une opinion ferme, sur la valeur du diagnostic, où sur la persistance de cette guérison des désillusions abondent.

Quelques observations de guérison rapportées

Discussion.

OBSERVATION I

(A. POWELL).

Septic endocarditis: intravenous injection of. Eusol - Recovery (Britisch-Medical Journal 2 septembre 1916).

Jeune fille 13 ans, qui présente un érysipèle du pied droit, le 17 novembre, s'étendant sur la moitié de la peau du pied et qui guérit en une semaine.

6 *Janvier*. — Murmure systolique précordial, d'origine péricardique, accompagné d'une légère douleur, disparu le 25 après traitement par le bromure de potassium et le salicylate; la malade semblait rentrer en convalescence.

28 *Janvier*. — Frisson gravé, dyspnée soudaine, douleur précordiale, suivie par une toux haletante, saccadée, suivie d'expectoration en petite quantité, de mucus épais; des râles sous crépitants étaient entendus aux bases: Infarctus - Pouls 166 - Température 102° Dans les observations anglaises, la température est exprimée en degrés Fahrenheit 98° 3 (F), correspondent à 37° Centigrade).

On fait 25 cm2 de sérum antistreptococcique sous la peau; la température tombe à la normale en 12 h. l'amélioration se maintient une semaine.

11 *Février*. — Nouveau frisson, pouls rapide température 103°. Arthrite du coude gauche. Pétéchies septiques sur les 2 jambes et tout le corps. Escharre.

12 *Février*. — 50 cm³ de sérum; les jours suivants température normale, mais pouls dicrote rapide; Pétéchies septiques couvrant la peau.

14 *Février*. — Large hémorragie sous cutanée dans la région iliaque gauche (embolies septiques). Vulvite aussi apparaît.

15 *Février*. — La malade fut très mal et sans aucun espoir de guérison; on peut considérer qu'elle était atteinte d'une infection virulente du courant sanguin, et que, la vaccination ne donnait plus aucun résultat.

16 *Février*. — On fait, une injection sous cutanée de 40 cm³ d'Eusol précédée de 300 cm³ de sérum physiologique, la malade étant apparemment mourante; après l'injection, transpiration abondante, elle respire librement, mais une heure après elle eut un autre frisson la nuit, elle dormit sans calmant, pour la première fois, depuis trois nuits; les jours suivants, le pouls fut bien frappé, l'état général bien amélioré ce mieux s'accentuera chaque jour.

20 *Février*. — L'escharre était presque cicatrisée, la vulvite avait disparu, l'éruption est guérie.

24 *Février*. — L'escharre iliaque tombe, laissant un ulcère qui résiste aux applications d'acide borique, mais guérit après traitement local par l'eusol. Les suites, de la maladie ne furent marquées que par quelques poussées légères de température.

25 *Juin*. — La malade guérie, va voir son médecin.

Voici les remarques dont POWELL fait suivre cette observation.

Il ne fut pas fait d'hémoculture, mais cliniquement, c'était une infection aigue septique du sang typique.

Au point de vue du traitement on constate:

La première dose de sérum amène une amélioration pour quelques jours.

La deuxième dose, produit une chute de température mais l'amélioration ne se maintient pas.

Lorsqu'on a fait les injections intraveineuses d'Eusol, la malade était mourante, amélioration rapide et durable.

DISCUSSION. — Avec Powell, nous admettons que cette malade fut atteinte d'une septicémie, mais le diagnostic d'endocardite infectieuse ne s'impose pas.

1° Le léger souffle systolique, avec douleur précordiale, peu marquée, pourrait bien être un souffle anémique anorganique accompagnant un état fébrile, souffles décrits par TRIPIER et DEVIC.

2° L'auteur ne nous dit rien sur l'état antérieur du cœur de sa malade et l'on sait, que Jaccoud a insisté dans ses Cliniques sur l'endocardite infectieuse sur ce fait : une lésion préalable de l'endocarde, c'est-à-dire une ancienne lésion valvulaire consécutive à une atteinte de rhumatisme articulaire aigu, athérome ou syphilitique semble nécessaire, comme cause prédisposante.

3° Il n'a pas été fait d'hémoculture.

4° On ne sait pas, s'il persistait quelque lésion orificielle définitive lorsque la malade sortit guérie de l'hôpital, la restitution ad integrum nous paraissant impossible.

5° Le fait, que la malade n'a pas été suivie à la sortie de l'hôpital, ne permet pas de qualifier cette observation de guérison.

6° Quel était l'état de la rate ?

En somme, l'observation de POWELL, nous apparaît incomplète et le résultat qu'il relate très discutable. Elle serait plus compréhensible classée dans les essais de thérapeutique des septicémies par le choc.

OBSERVATION II

Endocardite ulcéreuse chez un enfant, abcès pyohémiques métastatiques, guérison par la vaccination et le drainage. Echlin S. Molyneux (British Medical Journal 3 décembre 1910).

Bébé de 4 mois, présente un œdème inflammatoire, sur la partie interne au tiers supérieur du tibia gauche et une température de 103°, 6 (le petit malade aurait reçu à cet endroit une boule de cricket).

On incise cet abcès, qui provenait d'un hématome sous-cutané suppuré, un drainage est installé.

Après une semaine, le bébé se cyanose, la respiration devient accélérée ; à l'examen du cœur, le ventricule gauche montre des signes de dilatation ; à l'auscultation, on entend un souffle mitral à timbre musical ; le diagnostic d'endocardite infectieuse est posé.

Quelques jours après, le petit bébé fit des arthrites purulentes des articulations sacro iliaques droite et du genou droit. Ces articulations sont ouvertes et drainées.

Un prélèvement de pus montre du staphylocoque pyogène doré dans chaque articulation.

On prépare un auto vaccin, une première dose de 2 millions 1/2, fut injectée dans le tissu sous-cutané de l'abdomen ; le traitement fut continué pendant une semaine, albumine dans les urines.

Une quinzaine, après la première injection de vaccin, l'écoulement de pus diminue à chaque articulation. Trois mois après son entrée, l'enfant pouvait retourner chez lui les suppurations tarées, le cœur semblait normal et l'albumine disparut en peu de temps ; durant le dernier mois, on avait diminué graduellement les doses de 2 millions 1/2 à 1/2 million.

DISCUSSION. — Les mêmes remarques que pour l'observation précédente s'imposent :

1° A moins de lésion congénitale, on comprend que l'auteur ne signale pas de lésion orificielle cardiaque an-

térieure : point d'appel de JACCoud, étant donné l'âge du malade, mais :

2° Il n'a pas été fait d'hémoculture qui est la signature de l'affection, si elle est positive et coexistant avec des symptômes cardiaques.

3° Peut-on accepter comme guérison, un malade qui a été suivi pendant 3 mois ; même, s'agirait-il d'endocardite infectieuse ne serait-il pas plus logique de penser à une de ces formes à évolution lente : plusieurs mois, plusieurs années sur lesquelles DEBRÉ, à nouveau attire récemment l'attention et dont M. le Professeur Roque, rapportait récemment un cas à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon (1^{er} février 1921) avec ses collaborateurs MM. CORDIER et NOVÉ-JOSSERAND.

Il nous paraît difficile, d'accepter ce cas comme une guérison et nous le rapprocherons, à beaucoup de points de vue, d'une observation de guérison par la sérothérapie, observée par HENDRIE Lloyd et SEABROOCH (Proceed of Pathologie Society, Philadelphie 1900), dont nous n'avons eu que des extraits trop succints pour pouvoir la rapporter.

OBSERVATION III

Endocardite infectieuse, à streptocoque, traitée par le sérum de MARMOREK, guérison. Laignel Levastine. Presse Médicale 1899.

Jeanne M. 24 ans. Entre à l'hôpital Tenon, dans le service du Dr BOURCXY, le 16 mai 1899 ; elle avait accouché le 1^{er} mai, chez une sage-femme et depuis, s'était progressivement aggravée. Dans le décubitus dorsal, regard atone teint jaunâtre, lèvres décolorées ; impression d'un malade profondément in-

fecté, langue très chargée. Par le vagin, s'écoulaient, des glaires roussâtres, odorantes, peu abondantes. Il fut prescrit de grandes injections vaginales d'eau bouillie à 45° ; glace sur le ventre.

Le lendemain 17, apparurent des taches rosées, semblables à des morsures de puce, disparaissant à la pression et assez confluentes sur la face antérieure du cou, du thorax et de l'abdomen.

Un peu de météorisme abdominal, de la diarrhée, le pouls rapide, petit et mou, les battements du cœur très faiblement perçus à la main ; on nota un souffle systolique doux à maximum à la pointe très étendu. Rien au poumon ; ni sucre, ni albumine dans les urines.

Hémoculture, montre des chaînettes de streptocoques on porte le diagnostic d'endocardite infectieuse d'origine puerpérale.

On injecte 18-20 cm³ de sérum anti streptococcique de MARMOREK, dans le tissu cellulaire de la paroi antero-latérale droite de l'abdomen. Tout autre traitement est supprimé, sauf injections chaudes qui sont continuées. Le soir pouls bien frappé, taches rosées ne s'effacent pas à la pression, mais après le passage du doigt il persistait un piqueté jaune rougeâtre indiquant une hémorragie capillaire ; ces taches disparurent le 19.

19 Mai. — Etat général meilleur, stupeur diminuée, langue moins chargée et plus humide, souffle systolique moins fort ; les injections reviennent toujours teintées de roux et mal odorantes.

21. — Nouvelle injection, de 20 cm³ de sérum de MARMOREK, pouls à 120 tension augmente.

22. — Etat général s'améliore, la malade commence à s'intéresser à ce qui l'entoure, la tension au sphymomanomètre de POTAIN est de 17 cm. Hg. A 11 heures, injection de 500 cm³ de serum artificiel.

23. — Nouvelle injection de 500 cm³ de sérum artificiel.

27. — Souffle cardiaque, qui depuis le 30 mai avait diminué

progressivement réapparaît voilé, les taches ont disparu, l'appétit revient.

30. — Etat général bon, appétit revient, pertes sans odeurs, souffle complètement éteint.

DISCUSSION. — L'observation de LAIGNEL LEVASTINE a été publiée à une époque où l'on fondait de grandes espérances sur la sérothérapie antistreptococcique; type sérum de MARMOREK; il faut avouer que depuis, elle n'a pas encore fait ses preuves.

Dans cette observation, le diagnostic différentiel d'endocardite infectieuse s'impose avec celui de septicémie puerpérale, l'état infectieux, la petitesse et la rapidité du pouls, la température et l'hémoculture sont autant en faveur de l'une que de l'autre. Quant au souffle systolique doux, ne serait-ce pas un souffle anorganique chez une malade fortement anémiée par des pertes abondantes et cette température persistante; sa disparition complète à la fin de la maladie nous semble en faveur de cette hypothèse.

Il est bien rare, au cours d'une endocardite végétante, de ne pas observer d'embolies septiques, ou tout au moins, une hypertrophie de la rate d'origine infectieuse, ou embolique; il n'en est pas parlé.

Comme dans les observations précédentes, on ne note aucune lésion cardiaque antérieure.

La rapide guérison nous fait pencher aussi pour une infection puerpérale (15 jours).

Il faut faire les mêmes réserves, pour une guérison, qui est complète et qui n'est pas suivie.

OBSERVATION IV

Une guérison, d'endocardite infectieuse à streptocoque, par Henry HEMSTED, The Lancet, 4 janvier 1913.

Jeune femme, 21 ans, atteinte d'une lésion congénitale du cœur droit avec souffle systolique, qu'on diagnostique rétrécissement pulmonaire.

Elle était, en bonne santé malgré une grossesse ayant débuté en avril 1911.

6 juillet. — Absès au niveau d'une molaire supérieure gauche, qu'on traite immédiatement. Frissons les jours suivants, maux de tête, température 101° (FARENHEIT). (98°, 3 (F) correspondant à 37° centigrade) ; symptômes dûs à l'infection buccale.

15 Août. — Douleur au côté gauche, rien à l'auscultation pulmonaire, le mois suivant douleur dans les membres, sciatique à gauche.

28 Septembre. — Se met au lit, fièvre intermittente à grandes oscillations, sueurs, pouls 120, douleurs à la poitrine, respiration courte ; cyanose quelques crachats sanguins avec streptocoque ; à l'auscultation frottements pleuraux, signes de pleurésie.

Hémoculture négative.

30 Octobre. — Etat de plus en plus mauvais ; accouchement prématuré à 6 mois 1/2, la courbe de température prend le type de fièvre hectique de la tuberculose, perte de poids. Sérum polyvalent et auto-vaccin avec le streptocoque des crachats sans effet.

13 Décembre. — Infarctus de la rate.

1^{er} Janvier. — Hémoculture positive et montre du streptocoque.

Durant les 3 mois précédents, peu de modifications dans les bruits du cœur ; cependant, les bruits devenaient de plus en plus assourdis, qu'il était presque impossible de les entendre ; on fait un nouveau auto-vaccin qu'on injecte en Janvier, Février, Mars, Avril ; les premières injections sont suivies de

hautes températures, qui baissent peu à peu, suivies d'une grande amélioration ; la fièvre diminue, le pouls devient plus régulier, la malade prend du poids, quoique infarctus probable du foie le 30 Janvier.

2 *Février*. — Infarctus du poumon gauche. En Mars, quelques petits infarctus pulmonaires, la malade voulait se lever par suite de l'amélioration notable.

Pendant toute cette période de Janvier à Mars, on fit tous les 3 ou 4 jours, du vaccin à dose de plus en plus croissante, 2 millions, 5 millions, 10 millions en Mars. En Avril dose 15 millions ; l'amélioration continue jusqu'au 14.

Le 13 *Avril*. — Aggravation : infarctus pulmonaire, frissons, sciaticque, température; on prépare le 18, un auto-sérum de cheval. Le 25 avril: 1^e dose de 25 cm³ de cet auto-sérum et répétée 5 jours de suite.

Le 27. — Accidents anaphylactiques, hémoculture toujours positive après ces premières séries la température, reste presque normale jusqu'au 12 Mai, où la malade fait un nouvel infarctus pulmonaire gauche et une nouvelle poussée.

Un traitement mixte, auto-vaccin et autosérum est institué; tous les matins 25 cm³ de sérum et 10 millions de streptocoques par dose tous les 15 jours.

En juin, infarctus dans un doigt ; le dernier que la malade ait présenté. Le sérum et le vaccin, furent continués jusqu'à fin juillet à intervalles plus éloignés.

Après le 1^e juin, les forces et le poids de la malade augmentèrent rapidement; les poumons se dégagent et s'éclairent; les bruits du cœur et le pouls sont bien frappés, et reprennent leur caractère primitif.

En septembre, la jeune femme pouvait faire 12 milles, danser jouer au tennis, aller en bateau, se baigner, faire son travail sans être fatiguée, sans cause explicable.

A partir de cette époque, la température et le pouls sont restés normaux et la malade peut être considérée comme guérie.

DISCUSSION. — L'observation de HEMSTED est remarquable, elle est très probable et considérée comme une guérison par COURCOUX (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 7 décembre 1917).

On est un peu étonné d'entendre affirmer un infarctus du foie.

Un point cependant serait intéressant à connaître : la durée de la survie de la malade, et le temps pendant lequel elle a été suivie, mais ce temps nous manque.

Voici, d'après HEMSTED, les points intéressants de son observation :

1° Je crois que c'est le premier cas d'endocardite infectieuse dont le diagnostic fut établi entièrement et qui a guéri.

2° La localisation de l'infection streptococcique, sur une lésion congénitale du cœur, analogue à une localisation sur une affection valvulaire préexistante.

3° La prédominance des infarctus pulmonaires tenant à la localisation infectieuse sur l'orifice pulmonaire.

4° La présence du streptocoque dans le sang expectoré.

5° Les hémocultures négatives dans les 4 premiers mois de la maladie.

6° Les valvules mitrale et aortiques, tricuspides ne furent pas touchées ; ce qui facilita la complète guérison.

7° L'auto-vaccin sans aucun doute a amélioré la température, rendu la maladie plus chronique, mais après trois mois et demi, il resta sans effet ; l'auto-sérothérapie amena la complète guérison.

OBSERVATION V

S. JACCOUD. — Cliniques de la Pitié (1885-86). Sur l'endocardite infectieuse (24 novembre 1885).

Jeune femme de vingt ans rentre le 21 octobre à l'hôpital de la Pitié.

Le 30 septembre dernier enceinte de quatre mois, reçut un coup dans le ventre; aucun symptôme immédiat, mais deux jours plus tard, fut prise de douleurs abdominales et lombaires, vomissements répétés, albumine dans les urines.

Cinq jours après son entrée à la Maternité, température élevée, les douleurs cessent dans le ventre et les reins, les vomissements prennent fin, aucun écoulement de sang n'est survenu; il n'y a plus lieu de craindre une fausse couche, mais l'état général s'altère, la fièvre s'installe. On la dirige sur l'Hôpital de la Pitié, le 21 octobre.

Le 22 Octobre. — Température 38° le matin; 39°5 le soir; pâleur absolue; facies typhique, abattement profond langue sèche et rouge, pas de diarrhée, pas de météorisme, pas de gonflement notable de la rate; les urines sont rares et foncées avec un peu d'albumine, pouls petit, 108-112.

Malgré l'albumine, il n'est pas question de néphrite aigue. Ce n'était pas une fièvre typhoïde, la courbe de température est tout à fait différente, ainsi que les signes abdominaux.

A l'examen: appareil respiratoire intact.

Au cœur: souffle systolique, de la pointe fort et prolongé; à la base bruit de galop, frottement péricardique qui s'entend dans toute la région mésocardiaque. Il s'agit d'une endopéricardite avec endocardite mitrale et péricardite sèche et cette endocardite explique la fièvre et le mauvais état général.

Les jours suivants, les frottements sont plus forts, le souffle de la pointe persiste, mais il apparaît un nouveau souffle systolique au foyer aortique. La température se maintient à 39° le matin; 40° le soir; cette température est une marque du caractère infectieux de la maladie.

Cette conclusion est justifiée par l'examen du sang par Mr. NETTER, pratiquée à deux reprises le 22 et 16 novembre qui révéla un microcoque à grains de chapelet.

Jusqu'au 7 novembre fièvre à grandes oscillations, intermittente par intervalles.

Le 12 novembre défervescence et cette apyrexie se maintient. Depuis elle a recouvré l'appétit, il existe peu d'albumine, le fœtus est vivant. Au cœur souffle de la base et frottement persistant, diminution du souffle systolique de la pointe.

La grossesse a été la cause déterminante de cette endocardite infectieuse, se développant sur un organisme altéré par le surmenage; une syphilis antérieure soignée, ne présentant pas d'accidents.

L'affection a évolué par poussées aiguës, dans l'intervalle l'aspyrexie était complète et l'état de la malade satisfaisant. Chaque reprise a débuté par un frisson violent correspondant à une nouvelle poussée fébrile et à la pénétration dans le sang des éléments microbiens; la fin de la poussée thermique représente la lutte et la victoire de l'organisme.

La malade, est guérie, mais elle est exposée à des attaques semblables si elle conserve sur l'endocarde un foyer de principes toxiques qui peuvent être emportés d'un moment à l'autre dans le sang.

Traitement. — Il a consisté dans l'emploi du lait, de l'alcool et de l'acide salicylique à doses quotidiennes variant de 1 gr. à 1 gr. 50. Les raisons de cette triple médication ressortent suffisamment des caractères de la maladie dont les trois traits fondamentaux étaient: insuffisance rénale, adynamie, fièvre d'infection.

En raison de la marche paroxystique de la maladie, en raison de la persistance des signes stéthoscopiques, qui révèlent une lésion de l'endocarde; on doit craindre le retour d'accidents semblables aux précédents ou une aggravation de l'endocardite sous l'influence des progrès de la grossesse.

DISCUSSION. — JACCOUD veut surtout insister dans cette clinique sur ce fait : que la grossesse est une cause prédisposante de l'endocardite infectieuse ; il n'en considère pas moins cette observation comme un cas de guérison.

Le diagnostic ne paraît pas douteux, une seule réserve doit être faite sur les résultats de l'hémoculture, faite suivant la technique alors en usage par piquûre du doigt. M. NETTER, que JACCOUD cite justement, comme ayant alors pratiqué cette recherche, est venu confirmer la durée de la guérison, dans une discussion à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, en 1917, et que nous citons plus loin. La malade survécut près de 30 ans.

OBSERVATION VI.

Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu (Pr. ROQUE).

Tentative d'Autovaccinothérapie

Homme de 34 ans, peintre en bâtiments, entre le 25 novembre 1921, dans le service de notre Maître le Professeur ROQUE, parce qu'il est essoufflé.

Antécédents héréditaires sans intérêt; personnellement alcoolisme avoué : 3 ou 4 litres de vin, par jour, syphilis niée. A 25 ans rhumatisme articulaire aigu fébrile (genoux et bras) obligent le malade à garder le lit pendant près d'un mois; rien n'attira alors l'attention sur le cœur. Le malade fait la guerre dans l'Infanterie; envoyé en Orient, présente quelques accès de paludisme et est évacué pour dysenterie en juillet 1916; reparti au front, il est évacué à nouveau en Mars 1918 pour laryngite. Depuis ce moment il tousse, mais c'est seulement à partir de mars 1921 que s'installent les accidents actuels; affaiblissement, sensation de barre épigastrique et surtout essoufflement facile. Pendant le mois qui précède l'admission à l'hôpital, le patient est confiné au lit, avec une

toux fréquente, l'oppression au moindre effort, et même cris de dyspnée par oxystique nocturne.

A l'entrée, malade un peu pâle, sans œdème des membres inférieurs, quelques râles de congestion aux deux bases, sans signe d'épanchements pleuraux; au cœur, pointe dans le sixième espace, à 3 cm en dehors de la ligne mammelonnaire; pas de frémissement. A l'auscultation, 1° souffle systolique en écharpe, s'étendant de l'aisselle gauche à la clavicule droite; il présente deux maxima: base et pointe; 2° souffle diastolique, ayant son maximum sur le bord gauche du sternum, dans le 3° espace et s'entendant encore à la pointe. Pouls à 100, tension (palpatoire) 15-5.

La rate n'est pas perçue, le foie déborde les fausses côtes de trois travers de doigt. Les urines contiennent de l'albumine, pas de sucre. La température oscille entre 37°5 et 37°8, les quatre premiers jours, pour monter à 38,5 le 1° décembre, et redescendre au bout de trois jours entre 37,4 et 37,8.

Mais l'état du malade s'aggrave rapidement. Il apparaît de l'œdème des membres inférieurs, le souffle diastolique prend un timbre piaulant, musical, et on constate sur tout le corps de petites taches rouges s'effaçant à la pression du doigt. Malgré l'absence de grosse rate, et une première hémoculture négative (7 décembre), on pense dès cette époque à une endocardite infectieuse.

A partir du 16 décembre, la température s'élève brusquement pour atteindre 40°6 le 18 décembre, et se maintenir au-dessus de 38 jusqu'au 26. Cette élévation thermique coïncide avec un infarctus pulmonaire droit. Le 22 décembre, avec une température de 39, on reprend du sang, d'abord à la veine, puis par ponction du foyer d'infarctus les deux cultures donnent du streptocoque viridans. A partir du 27 décembre, jusqu'au 6 janvier, on fait tous les jours une injection sous-cutanée d'un auto-vaccin (250 millions). Pendant ce traitement, la température suit une courbe lentement, mais très régulièrement ascendante, passant de 37°6 le premier soir à 38°2 à la fin du traitement. Les deux jours suivants, brusque clocher à

39°8. (D'autres malades d'ailleurs présentent à la même époque dans la même salle, les mêmes phénomènes d'allure grippale. Ce fait nous paraît très difficile l'interprétation de cette poussée thermique).

Le 13 janvier, l'œdème des membres inférieurs a augmenté, atteignant les organes génitaux ; oligurie et hématurie.

23 janvier. — Depuis 15 jours, le malade est au régime déchloruré, sans que les œdèmes se soient modifiés. On essaie le chlorure de calcium.

25 janvier. — Reprise de la vaccinothérapie, à dose double (500 millions) par jour.

2 février. — On abandonne le chlorure de calcium qui n'a donné que des déboires : ascite, foie débordant d'un travers de de main, diurèse de 400 à 700 grammes par jour ; le poids du malade a augmenté d'un kilo en 5 jours.

8 février. — On cesse la vaccinothérapie. La température ne dépasse pas 37°6 le soir, depuis quelques jours. Depuis la cessation du chlorure de calcium, remplacé par la théobromine, la diurèse a atteint 3 litres pendant quelques jours et se maintient à 1 litre et demi.

14 février. — Il semble y avoir une légère amélioration dans l'état du malade qui se dit moins oppressé. Les œdèmes ont légèrement diminué.

24 février. — La température reste entre 37°5 et 38. Mais depuis quelques jours la dyspnée est redevenue plus vive, et on retire aujourd'hui 700 cc. de la plèvre droite.

22 mars. — Depuis un mois, on avait l'impression que le malade s'améliorait ; on avait, à quatre reprises, ponctionné alternativement les deux plèvres ; sous l'influence de ce traitement, des tonicardiaques, la dyspnée avait beaucoup diminué, et le malade avait perdu 10 kilos ; la diurèse restant presque toujours au-dessus d'un litre et demi. Pourtant le malade s'était refusé à continuer plus longtemps le régime déchloruré et on avait surpris plusieurs fois des boissons alcooliques qu'il s'était fait apporter du dehors. Depuis deux jours, la diurèse est retombée à 6 ou 800 gr. et les œdèmes sont à nou-

veau considérables. Le foie est douloureux et dépasse l'ombilic. Pour la première fois, ce matin, on sent le pôle inférieur de la rate dans les grands mouvements respiratoires. Au cœur, mêmes signes, mais le souffle diastolique a perdu son timbre piaulant.

8 avril. — Bien qu'on continue à ponctionner régulièrement les plèvres, tous les trois ou quatre jours, le foie est toujours énorme, les œdèmes ont encore augmenté.

17 avril. — L'état est plus critique qu'il n'a jamais été : dyspnée extrême, quelques crachats hémoptoïques.

18 avril. — L'expectoration n'est plus sanglante ; légère amélioration de la dyspnée, la température était hier soir à 39°2, ce matin à 39°5.

21 avril. — La température est retombée à 37°6.

15 mai. — Les épanchements continuent à se reproduire avec une rapidité extrême. Et l'oppression du malade est toujours telle que tantôt tous les deux jours, tantôt tous les quatre au maximum, il faut ponctionner les deux plèvres et qu'on retire chaque fois de 1.000 à 1.600 gr. de liquide.

1^{er} juin. — Depuis 15 jours, l'état s'est nettement amélioré. On peut maintenant espacer les ponctions de 5 à 6 jours. L'œdème n'existe plus qu'au niveau du dos du pied. Au cœur, pour la première fois, en palpant la pointe, on sent un petit frémissement systolique. Le souffle diastolique de la base a complètement perdu son timbre piaulant et repris son caractère moelleux classique.

1^{er} juillet. — Le malade se lève maintenant et est descendu dans la cour, malgré la défense qui lui en avait été faite ; depuis un mois, il n'a été ponctionné que deux fois, le 2 et le 12 juin, et la dernière thorasynthèse n'a permis de retirer que 750 cc. à droite et 450 à gauche. La température reste subfébrile, atteignant 37° 6 à 37° 8 tous les soirs.

5 juillet. — Les ponctions exploratrices sont négatives aux deux bases ; le malade se plaint depuis quelques jours de douleurs occupant la moitié supérieure du thorax, avec irradiation dans les deux bras, et sensation de dyspnée sans toux ni

expectoration. A part cet incident, il n'y a pas de modification notable.

Le 14 août, le malade quitte le service, la température n'est pas complètement revenue à la normale et reste entre 37°2 et 37°6, mais l'état fonctionnel est relativement satisfaisant ; le malade descend tous les jours dans la cour et remonte à pied, quoique lentement, les quatre étages de la salle.

Des examens de laboratoires pratiqués pendant le séjour, nous retiendrons seulement :

1° Trois hémocultures pratiquées après la dernière vaccination, toutes trois négatives.

2° L'existence vérifiée à plusieurs reprises de globules rouges dans les urines, le plus souvent en petite quantité.

3° L'azotémie, jamais élevée, oscillant entre 0.56 et 0.40 par litre.

4° Un wassermann positif.

En somme, pendant tout ce premier séjour à l'Hôtel-Dieu, le malade est resté un grand asystolique, du 26 novembre, date de l'entrée, au milieu de mai environ. Les manifestations pleuro-pulmonaires ont été très importantes, puisque le malade a dû subir 36 thoracentèses, évacuant 36 litres de liquide ; au début, les phénomènes infectieux ont été très intenses avec des poussées thermiques dépassant 40, tandis que depuis le début de février la température est restée au-dessous de 38, à part une poussée thermique de deux jours, au-dessous de 39 au moment d'un infarctus pulmonaire.

20 septembre 1922. (DOCTEUR FONTANELLE). — Le malade présente une poussée infectieuse avec troubles cardiaques, œdèmes périphériques, signes d'épanchement pleural double et de péricardite. Une ponction péricardique, procédé de MARFAN, détermine une amélioration brusque qui aboutit rapidement à une guérison maintenue depuis 4 mois ; seule, la fonction rénale paraît déficitaire pour l'élimination du Na. Cl. Les signes d'insuffisance aortique et mitrale persistent en rapport avec les altérations valvulaires organisées et permanentes.

Il a vécu ensuite comme un astystolique, est mort au début de novembre 1923, sans que nous puissions préciser la cause ; l'autopsie n'a pu être faite ; la veille, ce malade avait pu faire 2 km. à pied, il semble qu'il soit mort subitement^e: accident auxquels sont exposés les asystoliques.

Réflexions cliniques sur cet essai de vaccinothérapie.

Il nous faut préciser d'abord la nature de cette cardiopathie.

L'infection est venue se fixer sur un appareil valvulaire déjà atteint, ce qui est la règle (JACCoud). En effet, à l'entrée à l'hôpital, la pointe était dans le 6^e espace ; cette hypertrophie suppose une cardiopathie évoluant depuis longtemps, cardiopathie bien compensée puisque le malade en ignorait l'existence, ce qui n'est pas exceptionnel.

Quant à l'étiologie de la lésion valvulaire, elle est imposée par la quadruple lésion et d'ailleurs l'insuffisance mitrale, certaine par suite du petit frémissement systolique de la pointe, élimine la syphilis, malgré un wassermann positif car, si la syphilis pouvait expliquer les signes aortiques, elle ne pouvait être incriminée pour les lésions mitrales. Il s'agissait donc bien d'une endocardite rhumatismale.

La nature infectieuse n'est pas discutable. Bien que la

rate n'ait été trouvée grosse que tardivement, et que nous n'ayons pas eu d'embolie dans la grande circulation, l'existence d'un état fébrile important, avec une asystolie progressive rebelle à toute thérapeutique, l'éruption purpurique présentée par la malade poussaient à ce diagnostic, dont l'hémoculture, en nous révélant du streptocoque viridens est la signature ; nous avons vu qu'on tend à regarder ce microbe comme spécifique de l'endocardite infectieuse. GALLAVARDIN et LANGERON (voir *Lyon Médical*, 10 avril 1923), à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon rapportent cependant un cas dû à l'entérocoque.

Dès l'abord, il semblerait qu'il s'agissait de la forme sub-aigüe, à évolution lente, type JACCOUD-OSLER ; mais, nous sommes loin de ces embolies multiples, de ces rémissions prolongées, de son évolution torpide, sans grande élévation de température. Nous sommes encore plus éloignés des formes typhiques, et pyoémiques où les phénomènes infectieux dominant la scène. Nous avons eu à faire au type cardioplégique décrit par GALLAVARDIN, (Précis des maladies de cœur et de l'aorte, où les phénomènes asystoliques dominant la scène.

Ces phénomènes asystoliques, avec rétention chlorurée, pourraient bien être en rapport avec une lésion anatomique du rein, spéciale à l'endocardite infectieuse, décrite par LIBMANN et BAEHR. C'est une glomérulite parcellaire, sous la dépendance d'embolies microscopiques que M. A. DEVIC et J. DECHEAUME ont retrouvé chez un individu présentant une endocardite ulcéro-végétante, (*Journal Médical de Lyon*, 20 avril 1922).

La mort a frappé ce malade dans un état de santé satisfaisante, tout au moins apparent ; il a succombé brusquement présentant des signes d'asphyxie ; la veille, comme nous l'avons dit, il avait fait deux kilomètres.

Que conclure de ces faits ?

Le malade était considéré comme mourant, lorsqu'il est rentré le 25 novembre 1921 à l'Hôtel-Dieu ; on a fait un auto-vaccin dans une affection sûrement mortelle. Deux séries de dix injections sous-cutanées quotidiennes d'auto-vaccin furent faites dosées respectivement à 200 et 500 millions ; la première série (200) a coïncidé avec une augmentation de la température qui a passé de 37°, 6, à 38°, 5 ; par contre, la deuxième série (500 millions) parut avoir une action heureuse sur la fièvre qui se stabilise entre 37° 2 et 38°.

L'asystolie ne s'améliore que très lentement, mais avant la vaccination, le malade empirait malgré le repos au lit et le traitement ordinaire de l'asystolie. Il resta longtemps 9 mois après le début, un grand cardiaque avec des œdèmes remontant jusqu'au thorax, un foie énorme et des épanchements pleuraux bi-latéraux, nécessitant des ponctions fréquentes. On comprend que ce retour au stade de compensation ait été lent étant donné l'état des lésions valvulaires qui sont définitives.

La défense de l'organisme semble avoir été assez exaltée pour que le malade ait facilement triomphé pendant deux fois de ces accidents asystoliques, et vécu ensuite plus d'un an d'une façon presque normale. Cette survie peut être considérée comme égale à celle qu'aurait eu un valvulaire rhumatismal.

Nous ne saurions trop insister sur ce fait: que ces malades, après leur guérison toujours relative, restent des cardiaques; leurs valvules ayant été le point de départ de lésions inflammatoires, qui par un processus de cicatrisation scléreuse détermineront des insuffisances ou des rétrécissements orificiels. Le jour où ces affections ne seront plus compensées, le malade deviendra un asystolique banal, comme dans notre cas.

**Peut-on espérer une guérison
de l'endocardite infectieuse ?
Son traitement.**

Pour la plupart des auteurs, l'endocardite infectieuse, quelle que soit la forme clinique aboutit fatalement à la mort, dans un temps plus ou moins éloigné; la durée a pu atteindre 10 mois et même 2 ans; les cas de guérison semblent être dûs à des erreurs de diagnostic ou bien les malades n'étaient pas suivis après la sortie de l'hôpital (FIESSINGER, VAQUEZ, DEBRE). Nous avons vu qu'il en était souvent ainsi.

Cette opinion n'est pas entièrement partagée par NETTER, RIST, COURCOUX qui croient cette guérison parfois possible.

Nous ne pouvons mieux réfléter leurs idées qu'en reproduisant leurs déclarations à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris le 7 Décembre 1917.

RIST déclare: « Je ne considère pas le pronostic de ces endocardites infectieuses, comme toujours fatal. J'ai observé, un cas de guérison: une femme atteinte, pendant une grossesse, d'endocardite infectieuse, à forme prolongée, a pu guérir et mener sa grossesse à terme. »

C'est surtout l'intervention de NETTER que nous retiendrons : « Si ces endocardites comportent un pronostic très grave, elles ne sont pas aussi rigoureusement fatales, que tend à le prouver M. VAQUEZ. Notre maître JACCOUD a rapporté dans ses cliniques, l'observation d'une jeune femme atteinte, au cours d'une grossesse, d'une endocardite ulcéreuse ; cette jeune femme survécut plus de 30 ans. Je rappellerai que WENKEBACH a rapporté, en février 1902, l'observation de deux sujets atteints d'endocardite ulcéreuse, guéris à la suite d'injections intraveineuses de Collargol ; je tiens de WENKEBACH que la guérison des 2 sujets a été définitive.

Chez un médecin atteint d'une endocardite de ce genre, et qui a fini par succomber, les injections d'auto-vaccin ont eu une action évidente ; il s'agissait de streptocoque ».

Nous croyons que dans le cas que nous rapportons, la vaccinothérapie a favorablement influencé l'évolution de l'affection. Nous ne voulons pas dire que les succès doivent être complets et fréquents. Il est certain que les échecs continueront à être la règle et les succès l'exception, à cause des embolies septiques qui déversent dans l'organisme des flots de microbes et peut-être aussi, du fait que l'organisme étant trop infecté, il ne peut faire les frais d'une immunisation active qui est le principe des vaccins.

La sérothérapie serait le traitement le plus logique mais jusqu'ici, elle s'est heurtée à un obstacle, qui n'a pas été vaincu ; l'extrême multiplicité des races de streptocoque et les difficultés qu'on a souvent à obtenir des hémoculture positives. D'ailleurs c'est une thérapeuti-

que qui est lente; il faut plusieurs mois pour préparer un auto-sérum, qui est très coûteux. Le cas de HEMSTED en est un exemple remarquable de guérison.

La préparation du vaccin employé a été faite dans le laboratoire du Docteur L. DURAND à l'Institut Bactériologique. Le vaccin était fait avec une culture sur bouillon de 24 heures, qui était centrifugée, lavée une fois au sérum physiologique et chauffée une heure à 60°. L'émulsion était calculée de façon à obtenir un taux de 250 millions par cm³, puis dans une deuxième série 500 millions de streptocoques. Ces séries consistaient en injections sous-cutanées quotidiennes pendant 10 jours.

Les réactions locales et générales, furent nulles: pas de douleur à l'injection, ni tuméfaction, ni adénopathie, pas de choc vaccinal.

C'est la thérapeutique que nous conseillons; mais à côté de ce traitement, spécifique, on fera aussi un traitement symptomatique destiné à atténuer les conséquences de l'encardite maligne: toni-cardiaques, (caféine, spartéine digitale), contre la dyspnée, la tachycardie, les congestions viscérales; on combattra les phénomènes douloureux et l'insomnie par les bromures et le chloral (voir observation V. de JACCOUD).

Disons en terminant, que le pronostic considéré comme fatal de cette affection justifie toutes les tentatives logiques de thérapeutique.

CONCLUSIONS

1° Le pronostic de l'endocardite infectieuse est généralement considéré comme fatal; nous croyons qu'il existe de très rares cas de guérison.

2° C'est surtout dans les différentes formes prolongées dues le plus souvent au streptocoque viridens, révélé par l'hémoculture que la thérapeutique a donné quelques résultats.

3° Les cas de guérison publiés avec diagnostic certain, ont presque tous été obtenus par la vaccinothérapie qui est la thérapeutique logique; le traitement doit être dirigé dans ce sens, par les stocks et surtout les auto-vaccins.

4° Cette guérison n'est jamais absolue; elle est relative par suite des lésions valvulaires qui s'organisent fatalement et compromettent ultérieurement la fonction de la pompe cardiaque; plus gravement sans doute qu'une endocardite rhumatismale et expose les malades à tous les accidents qui menacent la vie des cardiaques.,

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ROQUE.

Vu :

LE DOYEN,
Joan LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 9 janvier 1924.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

JACCOUD. — Clinique de la Pitié, Novembre 1885, Février 1886, pages 46-58.

CLAUDE. — Forme nerveuse de l'endocardite maligne à évolution lente. Académie de Médecine, 1917. — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, Décembre 1901.

LECLERC, LESIEUR ET MOURIQUAND. — L'endocardite infectieuse à évolution lente et prolongée avec 4 observations personnelles. *Lyon Médical*, 23 décembre 1906.

W. OSLER. — *The quarterly journal of Medecine*, Janvier 1909.

LAIGNEL-LEVASTINE. — Un cas de guérison de l'endocardite infectieuse par le sérum de Marmorek, *Presse Médicale*, 1899.

HEMSTED. — Une guérison d'endocardite infectieuse à streptocoque. *The Lancet*, 4 Janvier 1913.

TAPIE ET BOUQUET. — Endocardite maligne à pneumocoque. *Progrès Médical*, 11 Septembre 1920.

- TAILLENS. — Guérison d'un cas d'endocardite maligne à la suite d'injections sous-cutanées de lantol ou rhodium colloïdal. *Revue suisse de Médecine*, 5 octobre 1921; in *Lyon Chirurgical*, Janvier 1922.
- WRIGHT. — Les leçons sur la guerre et les nouvelles vues dans le domaine de l'immunisation thérapeutique. *Presse Médicale*, 14 Août 1919.
- VAQUEZ. — Maladies du Cœur. In *traité de Médecine Brouardel et Gilbert*. Société Médicale des Hôpitaux, Novembre 1917.
- LIAN. — Maladies du Cœur. In *traité de Pathologie Médicale*, Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix.
- MIGNOT. — Pathogénie de l'endocardite maligne à évolution lente, son streptocoque. *Thèse de Paris*, 1921.
- HUCHARD. — Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte.
- GALLAVARDIN. — Précis des maladies du cœur et de l'aorte. *Lyon Médical*, 10 avril 1923.
- DUMAILLE. — Contribution à l'étude de la thérapeutique par les auto-vaccins. *Thèse de Lyon*, 1921.
- FONTANNELLE, DEVIC, DURAND. — Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, Mars 1923.
- LOUIS. — Des endocardites infectieuses subaigues. *Thèse de Médecine*, Lyon 1920.
- ARLOING ET BONNAMOUR. — Endopéricardite infectieuse traitée par le Collargol. Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, 3 Novembre 1903.
- JOCHMANN. — Uber endocarditis septicus. *Berliner Klinische wochen schrift*, 4 Mars 1912.
- DEBRÉ. — L'endocardite maligne à évolution lente et prolongée. *Presse Médicale*, 8 Novembre et 1^{er} Décembre 1917.

NETTER, RIST, COURCOUX. — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, Novembre 1917.

RIESMAN. — Endocardite infectieuse à évolution lente — splénectomie. — *Journal of the American Medical Association*, Juin 1918. — Résumé in *Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, 1919, page 116.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.....	7
Du Traitement de l'Endocardite infectieuse.....	9
Quelques observations de guérison rapportées. — Discussion	13
Observation de la Clinique Médicale de l'Hôtel- Dieu (Pr. ROQUE). Tentative d'auto-vaccino- thérapie.....	25
Réflexions cliniques sur cet essai de vaccinothé- rapie.....	31
Peut-on espérer une guérison de l'Endocardite in- fectieuse ? Son Traitement.....	35
Conclusions	39
Bibliographie	41

TRÉVOUX. — IMPRIMERIE G. PATISSIER.
